South Dakota Family Planning
Department of Health

INFORMACION CLIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO FORMAN

No. de Grafico: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ No. de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____

No. Teléfono en casa: _____ No. Teléfono celular _____ No. Teléfono al trabajo: _____

Empleado: _____ No. de securidad social: _____

Nombre de escuela si estudiante: _____

Ponga un círculo: SOLO CASADO VIVIR JUNTOS SEPARADO DIVORCIADO VIUDA

Ponga un círculo o más: Blanco Indio Americano Negro Asiático De Isla Pacifica ¿Es Ud. Hispano o Latino ? SÍ NO

POR FAVOR CHEQUEAR TODAS LAS MANEROS PODEMOS TE CONTACTAR

Llame en casa ___ Llame celular ___ Llame trabajo ___ Correo (Dirección vuelto) ___ Correo (sobre simple) ___

¿Tiene Identificacion de llamero ? SÍ ___ NO ___ Quiérelo bloqueado? SÍ ___ NO ___

Deje un mensaje con _____ No. de teléfono: _____ Relación: _____

Deje un mensaje en el contestador SÍ ___NO ___ Correo electrónico SÍ ___NO ___ Dirección _____

Por favor, haga una lista de personas para contactar en caso de emergencia (Se necesita ser padre o guardian si tiene menos de 18)

Nombre: _____ Relación: _____

No. teléfono en casa: _____ No. tele al trabajo: _____

19 o menos – ¿Ha hablado con su padre, guadiánu otro miembro adulto sobore si o no tener el sexo? SÍ ___ NO ___

¿Sus padres/guardián sabe que há venida a planificación de familia? SÍ ___ NO ___

INFORMACIÓN SEGURO Y/O DE SEGURO MÉDICO:

No. de seguro/seguro médico: _____ Médico primario de ciudado: _____

Asegurado: _____ Relación a paciente: _____

Empleado de asegurado: _____

Nombre de compañía: _____ No. de política: _____ No. De grupo: _____

Dirección: _____
calle o apartado de correos Ciudad Estado Código postal

Autorizo la programa de planificación de familia de Dakota del sur liberar la información medica para determinar los beneficios pagadero bajo de este reclamo por seguro o otro pagador de terceros. Autorizo beneficios para ser pagado directamente a _____. Yo entiendo que soy financieramente responsable para esta cuenta a pesar de cobertura. Esta liberación de información médica de registros es válida por un período de un año de la fecha yo firmo este documento.

Firma _____ **Fecha** _____

Para la officina utilize sólo
Insurance will cover FP services SÍ ___ NO ___

DATOS DE INGRESOS

DERECHOS Y RESPONSIBILIDADES

1. Concuerdo en proporcionar todos papeles (sosteniendo documentos) necesitado.

2. Sé que la Ley Civil de Derechos prohibe el programa de negarme beneficios basados en mi carrera, el color, el origin nacional, el género, la religión, la edad, la incapacitad, las creencias políticas, menos donde esto es restringido por la ley.

3. Entiendo que si yo no digo la verdad en aplicaciones de programa, yo puedo encarar el criminal y/o la prosecución, civil, bajo el estado y/o la ley Federal, yo tendré que pagar por servicios recibidos.

4. Entiendo que debo decir el programa si cualquier hecho en mi aplicación para el cambio del programa, es decir el tamaño de ingresos o familia.

5. Declaro que todos hechos en esta forma son verdad al mejor de mi conocimiento.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN DE FAMILIA

Entiendo que hay ciertos peligros y los riesgos conectados con todas formas del tratamiento y el cuidado médicos, y, con este conocimiento, yo por la presente consiento a recibir los servicios médicos y relacionado del personal del programa de Dakota del Sur de Planificación de Familia.

Entiendo también que mis servicios y los registros médicos recibirán el tratamiento confidencial. Entiendo que los registros médicos míos de Planificación de Familia puede ser compartida con otro dispensario de como sea necesario. Mis registros médicos pueden ser revelados a otros sólo con mi consentimiento escrito, o sin mi consentimiento para o abuso de niño que informa propósitos o como otro modo requerido por la ley. Si las pruebas se toman para cualquier enfermedad sexualmente transmitida, informando de resultados positivos de esas pruebas a agencias sanitarias puede ser requerido por la ley.

Yo por la presente certifico que he leído y he entendido el encima de consentimiento.

Firma de cliente _____ Fecha _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____

PARA LA OFICINA UTILIZE SÓLO

Tamaño de Familia: _____ Ingresos de año: _____

Categoria de Pagar: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Prueba de ingresos: Paga golpea _____ Regreso de impuesto de renta____ Otro _____

_____

Provea Firma: _____ Fecha: _____

PARA LA OFICINA UTILIZE SÓLO

Tamaño de Familia: _____ Ingresos de año: _____

Categoria de Pagar: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Prueba de ingresos: Paga golpea _____ Regreso de impuesto de renta____ Otro _____

_____

Provea Firma: _____ Fecha: _____